



CARTAS

Fiebre de origen desconocido y fracaso renal agudo

A. Sastre, R. Álvarez Navascués, R. Marín y M. Seco*

Servicio de Nefrología. Servicio de Anatomía Patológica*. Hospital Universitario Central de Asturias.

Sr. Director:

Se estima que el 15-20% de los procesos febriles se quedan sin filiar¹. Según criterios de Petersdorf y Beeson, se describe la fiebre de origen desconocido como aquella, verificada en más de una ocasión, que persiste más de tres semanas y en la que no se alcanza un diagnóstico tras estudios adecuados. El origen más frecuente lo constituyen las infecciones, neoplasias, vasculitis-colagenosis y fármacos^{2,3}.

También entre las causas frecuentes de fracaso renal agudo están los fármacos, destacando los antiinflamatorios no esteroideos (AINES). En esta entidad no es infrecuente (en torno al 25%) la presencia de fiebre⁴.

Presentamos un raro caso, diagnosticado tras la realización de amplia batería de estudios incluida la biopsia renal, de un fracaso renal agudo atribuible a AINES que se comportó clínicamente como una fiebre de origen desconocido, en picos.

Se trata de una mujer de 59 años sin antecedentes personales reseñables, que ingresa por fiebre de dos semanas de evolución y piuria.

Tres semanas antes había sufrido una caída con dolor y contusiones lumbares que trató con dexketoprofeno. Unos días después, comenzó con fiebre de hasta 39-40° C por lo que recibió ciprofloxacino (sin realización de analítica ni chequeo bacteriológico). Desde entonces hasta el ingreso alternó días sin fiebre con otros en los que alcanzaba los 40° C. A su ingreso, se verificó fiebre de 40° C, sin leucocitosis. Los estudios de imagen (radiología de tórax y ecografía abdominal) eran normales. Destacaba la presencia de insuficiencia renal (urea 120

mg/dl, creatinina 4,27 mg/dl con iones normales) así como leucocituria (> 100 leucocitos/campo con resto de sistemático y sedimento normales). En analítica rutinaria realizada tres meses antes la función renal era normal.

El chequeo bacteriológico, que incluyó gérmenes atípicos y los estudios inmunológicos fueron negativos. Se realizó TAC abdominal que fue normal.

Tras diez días de ingreso y persistencia de la situación clínica sin mejoría de la función renal se decidió practicar biopsia renal que demostró nefritis intersticial aguda (NIA) figura 1. La NIA es poco frecuente (8-14% de los casos de fracaso renal agudo biopsiados)⁵. En torno al 70% se debe a fármacos⁶. La instauración de la NIA tras la administración del fármaco responsable oscila entre 3-5 días para una segunda exposición y varias semanas tras una primera exposición^{7,8}. En la (NIA) se describe la presencia de fiebre, o más bien febrícula, rash cutáneo, eosinofilia, aunque clásicamente se encuentran ausentes en aquellas nefritis secundarias a AINES⁹. Es especialmente constante la presencia de eosinofilia, microhematuria y proteinuria leve¹⁰.

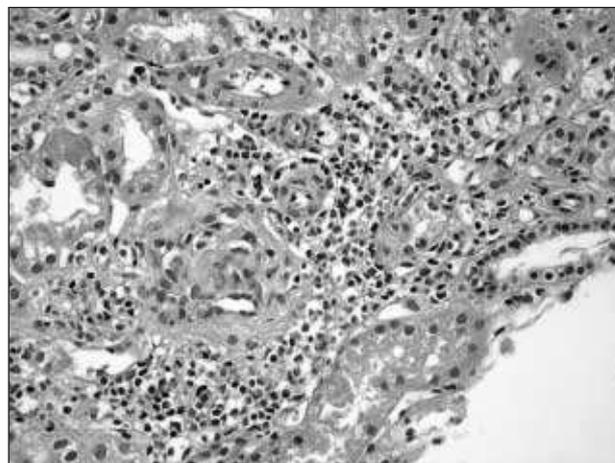


Fig. 1.—Infiltrado intersticial agudo.

Correspondencia: Aránzazu Sastre López
Servicio de Nefrología
Hospital Universitario Central de Asturias
Avda. Fernández Ladreda, 30
24005 León. España
E-mail: aranchasastre@hotmail.com

Nuestra paciente presentó solamente leucocituria y fiebre en picos.

Se decidió iniciar tratamiento esteroideo (1 mg/kg. de peso y día). Tras 24 horas del mismo la fiebre desapareció, asistimos a la normalización progresiva del sedimento urinario, y un mes después, ya de alta, la función renal se había normalizado.

Aunque antes del ingreso había recibido ciprofloxacino, la fiebre comenzó con anterioridad, tras tomar dexketoprofeno, que finalmente hemos puesto en relación con la etiología del proceso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnow PM, Flaherty JP: Fever of unknown origin. *Lancet* 350 (9077): 575-560, 1997.
2. Bleeker-Rovers CP, Vos FJ, De Kleijn EM, Mudde AH y cols.: A prospective multicenter study on fever of unknown origin: the yield of a structured diagnostic protocol. *Medicine* 86 (1): 26-38, 2007.
3. Goto M, Koyama H, Takahashi O, Fukui T: A retrospective review of 226 hospitalized patients with fever. *Intern Med* 46 (1): 17-22, 2007.
4. Clay AS, Behnia M: A 55-year-old man with fever, renal failure, and hip pain. *Chest* 119 (1): 281-284, 2001.
5. Herranz S, Almirall J, Carod C, Andreu X: Nefritis intersticial aguda por ciprofloxacino. Descripción de un caso y revisión de la literatura. *Nefrología* 1 (16): 74-77, 1999.
6. Michel DM, Nelly CJ: Acute Interstitial Nephritis. *J Am Soc Nephrol* 9 (3): 506-515, 1998.
7. Rossert J: Drug Induced Acute Interstitial Nephritis. *Kid Inter* 60 (2): 804-817, 2001.
8. Guo X, Nzerue CH: How to prevent, recognize and treat drug induced nephrotoxicity? *Cleveland Clin J Med* 69 (4): 289-312, 2002.
9. Esteve JB, Launay-Vacher V, Brocheriou I, Grimaldi A, Izzedine H: COX-2 inhibitors and acute interstitial nephritis: case report and review of the literature. *Clin Nephrol* 63 (5): 385-92, 2005.
10. Ten RM, Torres VE, Milliner DS: Acute Interstitial Nephritis: immunologic and clinical aspects. *Clin Proc* 63 (9): 921-30, 1988.